



ENFERMERA ESCOLAR: EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

SCHOOL NURSE: MENTAL HEALTH EDUCATION AND PROMOTION



TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

CURSO 2020-2021

AUTORA: LUCÍA GARCÍA LÓPEZ
DIRECTORA: AMAYA ESCANDÓN MORO

AVISO RESPONSABILIDAD UC

"Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	
Contexto y Justificación	3
Objetivos	4
Metodología	4
Definición capítulos	5
CAPÍTULOS	
1. Factores de riesgo	6
2. Trastornos mentales comunes en la infancia y adolescencia	
2.1 Ansiedad	7
2.2 Depresión	11
2.3 Trastorno de Atención e Hiperactividad.....	13
2.4 Trastornos del Espectro Autista	14
2.5 Suicidio	16
2.6 Adicciones: con sustancia y sin sustancia	18
3. Intervenciones de la Enfermera Escolar en la promoción y educación de la Salud Mental en colegios	
3.1 Intervención ‘FRIENDS’	22
3.2 Intervención ‘FIRST AID’	23
3.3 Proyecto Seyle	24
4. Escalas	
4.1 Cuestionario de Cualidades y Dificultades/ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	25
4.2 Escala de Ideación Suicida Paykel	26
4.3 Escala WHO-5	26
5. Nueva Intervención	27
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS	32

RESUMEN

La prevalencia de los trastornos mentales como la ansiedad y depresión entre los jóvenes ha ido en aumento en los últimos años. Estos trastornos son grandes incapacitantes y pueden llegar a poner en peligro el futuro académico y social de los niños y adolescentes, por lo que intervenir para su prevención es de gran importancia.

Los jóvenes construyen gran parte de sus cimientos en torno al sistema educativo, ya que pasan mucho tiempo en el colegio o instituto, donde crean vínculos y se genera una intensa actividad social, por lo que las intervenciones llevadas a cabo en este ámbito serían las más convenientes. Por otra parte, y en cuanto a ciencias de la salud, Enfermería es la promotora de la educación, promoción y prevención, por lo que es la más adecuada a través del papel de la Enfermera Escolar.

La intervención va destinada a educar en salud sobre los trastornos mentales más habituales en niños y adolescentes, a prevenir el bullying, mejorar el compañerismo en el aula y promover hábitos como la relajación para disminuir la ansiedad. De esta manera se espera que el estigma y la prevalencia de enfermedades mentales disminuyan entre los jóvenes.

Palabras clave: "Salud Mental", "Instituciones Académicas", "Promoción de la Salud", "Servicios de Enfermería Escolar" y "Adolescente".

ABSTRACT

The prevalence of mental disorders such as anxiety and depression among young people has been increasing in recent years. These disorders are highly disabling and can endanger the academic and social future of children and adolescents, so intervening for their prevention is of great importance.

Young people build a large part of their foundations around the educational system, since they spend a lot of time in school or high school, where they create links and intense social activity is generated, so the interventions carried out in this area would be the most convenient. On the other hand, and in terms of health sciences, Nursing is the promoter of education, promotion and prevention, so it is the most appropriate through the role of the School Nurse.

The intervention is intended to educate in health about the most common mental disorders in children and adolescents, to prevent bullying, improve companionship in the classroom and promote habits such as relaxation to reduce anxiety. In this way, the stigma and prevalence of mental illness are expected to decrease among young people.

Keywords: "Mental Health", "Academic Institutions", "Health Promotion", "School Nursing Services" and "Adolescent".

INTRODUCCIÓN

CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a la salud mental como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo que está relacionada con la promoción del bienestar y la prevención de los trastornos mentales». (1)

El 80% de los trastornos mentales de los adultos tuvieron comienzo antes de los 18 años. (2) Según la OMS, aproximadamente un 5-15% de la población infantil sufre trastornos psicológicos. El 22,1% de los niños entre 4 y 15 años, presenta riesgo de mala Salud Mental, y el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes. (3)

Debido al gran número de niños y adolescentes que sufren trastornos mentales, el hecho de que se lleve a cabo la promoción de la salud en los colegios tiene sentido. La etapa de la escuela coincide con la etapa de la vida en la que las necesidades emocionales y de comportamiento incrementan, pero también cuando más fácil pueden ser influenciadas. Los niños y jóvenes pasan la mayor parte de su tiempo y días en el colegio, y las interacciones entre los mismos niños y sus profesores tienen un gran efecto en su bienestar emocional.

Para llevar a cabo intervenciones de promoción y educación de la salud en las escuelas, la presencia de un profesional de salud es indispensable. Por ello, el papel de Enfermería, siendo una profesión especializada en la educación y promoción de la salud, es ideal para llevarlo a cabo a través de la Enfermera Escolar.

Para poner en contexto el papel de la Enfermera Escolar, es necesario narrar sus orígenes. La ya nombrada Enfermera Escolar tuvo su primera aparición en Londres en el año 1891, donde, en un congreso, se valoraron los beneficios de salud en las escuelas que se habían producido gracias a las visitas de las enfermeras comunitarias. A partir de este momento se fundó, en 1897, “The London School Nurses’ Society”, quien instauró a tiempo completo enfermeras en sus colegios. (4)

En cuanto a España, en el año 2009, se creó la primera asociación de enfermeras escolares en centros educativos (AMECE), cuya sede reside en Madrid. Según la orden 629/2014, del boletín oficial de la comunidad de Madrid, establece: “la Consejería de Educación, Juventud y Deporte considera fundamental garantizar la presencia de profesionales especializados en los centros educativos públicos que atiendan las diversas necesidades de los alumnos que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado, permitiendo su escolarización y el desarrollo de los objetivos educativos en las mismas condiciones que el resto del alumnado.” (5)

Sin embargo, no fue hasta 2014, en Cantabria, cuando se introdujo un proyecto piloto en el cual Enfermería realizaba labores de educación y promoción de la salud en algunos colegios. Fue la primera vez que se creó un plan de actuación que incorporaba la educación de la salud, ya que previamente la enfermera en los colegios en España tenía una labor principalmente asistencial.

La etapa de la niñez y adolescencia es una etapa fundamental que forja los cimientos de una persona, sobre todo por lo que atañe a su salud mental y emocional. Por lo tanto, se debe de aprovechar la intervención Enfermera en los colegios, ya que es la principal profesional con formación necesaria que se encuentra a pie de cañón para poder realizar educación y promoción

de la salud y, de esta forma, ayudar a que las futuras generaciones asienten sus bases en cimientos sólidos y sanos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar el papel de la Enfermera Escolar en la promoción de la salud mental en niños y adolescentes en los colegios de España en la actualidad.
- Describir intervenciones actuales internacionales de prevención y promoción de salud mental en las escuelas.
- Crear una nueva intervención para llevar a cabo en colegios españoles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la prevalencia y describir los trastornos mentales más comunes entre niños y adolescentes en España actualmente.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, he consultado diferentes bases de datos, como PubMed y Scielo. Para ello, hice uso de los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “Salud Mental”, “Instituciones Académicas”, “Promoción de la Salud” y “Servicios de Enfermería Escolar”. Por otro lado, para buscar información sobre cada trastorno mental, hice uso de los siguientes: “Adolescente”, “Ansiedad”, “Depresión”, “Suicidio”, “Trastorno Autístico” y “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Utilizando la herramienta de lol booleano “AND”, y delimitando la búsqueda desde hace diez años hasta la actualidad.

Otras páginas web con rigor científico que he utilizado han sido, por ejemplo, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

Con ello, los documentos mayoritarios a los que accedí aparecieron redactados en inglés y publicados a partir del 2011.

DeCS	MeSH
Salud Mental	Mental Health
Instituciones Académicas	Schools
Promoción de la Salud	Health Promotion
Servicios de Enfermería Escolar	School Nursing
Adolescente	Adolescent
Ansiedad	Anxiety
Depresión	Depression
Suicidio	Suicide
Trastorno Autístico	Autistic Disorder

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity
--	---

DESCRIPCIÓN CAPÍTULOS

➤ Capítulo 1

En el primer capítulo, se lleva a cabo una enumeración de aquellos factores de riesgo que pueden predisponer que los niños y/o adolescentes sufran un trastorno mental.

➤ Capítulo 2

En el segundo capítulo, se describe cada trastorno mental habitual entre los jóvenes, sus subtipos y sus signos y síntomas.

➤ Capítulo 3

En el tercer capítulo, se dan a conocer las intervenciones internacionales que más se conocen sobre promoción de salud mental en los colegios.

➤ Capítulo 4

En el cuarto capítulo, se nombran y describen las escalas más relevantes que detectan aspectos como la depresión.

➤ Capítulo 5

En este último capítulo, se crea una nueva intervención de promoción y prevención de salud mental en colegios a mano de la enfermera escolar.

1. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo afectan al desarrollo y pueden influir en la aparición de un trastorno mental, aunque ningún factor en sí asegura su desarrollo. Sin embargo, la presencia de varios factores de riesgo aumenta la probabilidad de sufrir trastornos mentales en la adolescencia.

Podemos clasificar algunos factores de riesgo en dos grupos: dependientes del ambiente y factores biológicos. Entre los dependientes del ambiente caben destacar las situaciones traumáticas vitales, las características de la familia y las circunstancias socioeconómicas adversas de la familia, mientras que en los factores biológicos se encuentran la concepción y embarazo, circunstancias perinatales y enfermedades crónicas.

- Situaciones traumáticas: fallecimiento de un ser querido, divorcio de los progenitores o ausencia de uno de ellos, hospitalización prolongada en el tiempo, cambios escolares o acoso escolar.
- Características de la familia: padres de poca o mucha edad, conflictos de pareja, familias monoparentales, enfermedades crónicas invalidantes o graves sufridas por varios miembros de la familia, trastornos mentales como los trastornos delirantes y la esquizofrenia, trastornos depresivos mayores y trastornos graves de personalidad presentes, intentos de suicidio, abuso de drogas y maltrato.
- Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia: familias aisladas socialmente, cambios de residencia repetidos y paro sin subsidio de varios miembros de la familia.
- Concepción y embarazo: embarazo en la adolescencia, hijos no deseados, hijos concebidos en violaciones, muerte de hermanos o familiares directos en el embarazo, embarazo de riesgo, enfermedades graves de la madre o el feto, situaciones de riesgo prenatal como el consumo de drogas y problemas laborales y ambientales durante el embarazo.
- Circunstancias perinatales: prematuridad, sufrimiento fetal, enfermedades congénitas y malformaciones.
- Enfermedades crónicas: asma, obesidad, epilepsia, diabetes, neoplasias, sida, déficit sensorial y secuelas de enfermedades del sistema nervioso. (6)

Además, se ha destacado que las características psicológicas del adolescente además de su funcionamiento cognitivo y social y su entorno son relevantes. Entre ellos:

- Cociente intelectual por debajo de 100.
- Fracaso escolar.
- Problemas conductuales en la escuela.
- Malas o relaciones sociales escasas con compañeros.
- No presencia de un adulto que le sirva como referencia y apoyo.
- Ser rechazado o poco valorado por la familia.(7)

Por otra parte, La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente establece, según el área afectada, los siguientes factores de riesgo:

- Sueño: insomnio de menos de tres semanas no relacionado a sintomatología psiquiátrica grave, sonambulismo o terrores nocturnos.
- Alimentación: dieta restrictiva junto a miedo a engordar sin una pérdida significativa de peso teniendo un índice de masa corporal de más de 17.5, atracones esporádicos e hiperfagia o disminución de apetito.
- Psicomotricidad: tics motores transitorios de menos de un año de duración.
- Sexualidad: sexualidad prematura o promiscua.

- Pensamiento: preocupación hipocondríaca transitoria y preocupación excesiva pero no incapacitante sobre, por ejemplo, una parte del cuerpo o los caracteres sexuales.
- Comunicación y lenguaje: timidez y miedo a la relación con personas del sexo opuesto.
- Atención: gran distraibilidad o inatención.
- Conducta: actos impulsivos y esporádicos tales como fugas, robos, violencia y conducción peligrosa, además de consumo ocasional de alcohol y cannabis, no relacionados con otros síntomas psiquiátricos.
- Afectividad: reaccionar de manera depresiva o ansiosa ante situaciones estresantes. También preocupación excesiva por el futuro, tendencia a tener baja autoestima, sentimientos de culpa, aburrimiento crónico y dificultad para expresar bien con palabras los afectos. (6)

2. TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

2.1 ANSIEDAD

La Asociación Americana de Psicología, APA, define la ansiedad como: “una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como aumento de la presión arterial. Las personas con trastornos de ansiedad suelen tener pensamientos o preocupaciones intrusivos recurrentes. Pueden evitar ciertas situaciones por preocupación. También pueden presentar síntomas físicos como sudoración, temblores, mareos o palpitaciones. (8)

La OMS considera que “la ansiedad prolongada y sin tratamiento puede causar un ataque de pánico, así como generar un trastorno obsesivo compulsivo y fobias en la persona que la sufre”.

La ansiedad y los trastornos de ansiedad durante la infancia y adolescencia es el primer diagnóstico psiquiátrico en estas edades, superando en prevalencia a los trastornos de conducta y de la depresión, siendo de entre un 3% y un 21%.

Cabe destacar que sólo un 21% de los adolescentes con trastornos de ansiedad son guiados hacia un centro de salud mental, lo cual muestra una detección ineficiente por parte de atención primaria o el ámbito escolar. (9)

Los trastornos de ansiedad, sobre todo durante la adolescencia, son más frecuentes en niñas que en niños, siendo su prevalencia de 3:1. Estos trastornos en jóvenes pueden persistir y cambiar en la edad adulta, por ejemplo, un trastorno por ansiedad de separación en niños puede convertirse en un trastorno de ansiedad generalizada en adultos, o bien coexistir junto a otros como la depresión o el consumo de sustancias.

En niños pequeños, el trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas son más comunes, mientras hay un aumento de las fobias sociales en la adolescencia.

El trastorno por ansiedad de separación, el trastorno por ansiedad generalizada, la fobia social y las fobias específicas son los trastornos de ansiedad que más a menudo aparecen durante la infancia.

La adolescencia es una etapa llena de cambios, cambios físicos, elección de estudios, examen de acceso a la universidad, inicio de la vida laboral, necesidad de ser aceptado e integrado en un

grupo de iguales, inicio de relaciones afectivas de pareja, etc. Todo ello puede resultar estresante y ser fuente de ansiedad en adolescentes vulnerables, desencadenando la patología.

La ansiedad puede ser conocida como miedo. Los miedos y preocupaciones son normales en los niños y evolucionan conforme avanza su edad. Los niños pequeños le tienen miedo a la oscuridad, los ruidos, la presencia de extraños y los monstruos entre otros, mientras que en la edad escolar comienzan a aparecer miedos a catástrofes naturales y enfermar. Además, el miedo al fracaso escolar, la propia competencia en el aula y las cuestiones de salud son muy comunes en la etapa adolescente.

La ansiedad aparece ante un peligro inmediato, real o imaginario. Es adaptativa y necesaria para la supervivencia, pero se vuelve patológica cuando es desmesurada frente a la realidad y si aparece sin ningún factor que la justifique. Se puede desencadenar tanto por factores internos como externos, por ejemplo, a través de recuerdos, imágenes, ideas y deseos. Se manifiesta con inquietud psicomotriz, taquicardia, piloerección, sudoración, miedo y preocupación entre otros.

En función de la edad y del desarrollo cognitivo de cada niño, las manifestaciones clínicas varían, al igual que el tipo de miedo o preocupaciones. Entre ellas se destacan los siguientes signos:

- En los lactantes: llanto, irritabilidad, hipertonía muscular, vómitos, hiperventilación.
- En la etapa escolar: dolor abdominal y de cabeza, y dolores crónicos sin patología física relacionada que se asocian en hasta un 20% con un trastorno de ansiedad, por lo que es importante identificarlo precozmente para evitar pruebas innecesarias y tratamiento iatrogénicos. Otros signos son irritabilidad, inquietud, desobediencia y rabietas, problemas de memoria, atención y concentración, problemas relacionados con el sueño como insomnio o pesadillas, rituales.
- En la etapa durante la adolescencia: aspereza, mareo, dolor torácico, insomnio, fatiga, y miedos sociales. Durante esta etapa comienza la desrealización y despersonalización, siendo ésta última un sentimiento de extrañeza hacia la propia persona, el propio yo, como si se sintiese vacío. Por otro lado, en la desrealización, es el mundo, su alrededor aquello que se percibe como si no existiera, como si no fuera real ni tuviera vida.

La clasificación de la “Diagnostic and Statistical Classification of Diseases”, DSM-5, define siete trastornos de ansiedad en niños:

- ❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN:** es la ansiedad desmesurada e inapropiada cuando el niño es separado de sus padres o de aquellas personas de gran cercanía o apego. Se diagnostica cuando la ansiedad es persistente, de al menos cuatro semanas de duración, interfiriendo en su vida normal y produciendo un deterioro social, académico o familiar. La prevalencia es casi insignificante entre niñas y niños, afectando en mayor medida a niños con nivel socioeconómico menor. La ansiedad que presentan los niños al separarse de su persona de apego se consideraría normal a partir de los 4-5 meses de edad, y ésta va decayendo a partir de los 3 hasta los 5 años, edad en la que empiezan a comprender que la separación no es para siempre.

Se diagnostica cuando se presentan al menos tres de los siguientes síntomas con una duración de al menos 4 semanas: malestar al separarse de su hogar o de sus seres queridos, preocupación ante la posible pérdida, no querer salir lejos de casa al colegio o a un cumpleaños, por ejemplo, miedo a estar solos, no querer dormir fuera de casa y síntomas físicos como dolor abdominal, náuseas y vómitos.

- ❖ **MUTISMO SELECTIVO:** es la presencia de fracaso constante al hablar en público o en situaciones sociales específicas en las cuales existe expectativas por hablar, como en el colegio, aún si es capaz de hacerlo bajo otras circunstancias. Esto produce un deterioro académico y en la comunicación social. Para diagnosticarse debe tener una duración mayor de un mes.
- ❖ **FOBIA ESPECÍFICA:** miedo irracional, intenso, desproporcionado, persistente y difícil de vencer ante un ser inanimado o una situación en específico. Se puede presentar como sollozos, rabieta, paralizarse o incluso aferrarse. El hecho de que exista la posibilidad de que el niño se enfrente al estímulo fobógeno se acompaña de una ansiedad intensa anticipatoria, por lo que el niño tiende a evitarlo por al menos seis meses.

Las fobias más comunes en la infancia, a parte de la fobia social, se caracterizan de la siguiente manera: el 50% del total corresponde a la fobia a la oscuridad, el 25% del total a animales, y el 25% restante a enfermedades, accidentes, exámenes y fracaso escolar entre otros.

Entre los factores que predisponen a la fobia específica se encuentran los acontecimientos traumáticos como el ser atacado por un animal, quedarse atrapado en un lugar o atragantarse con alimentos, además de ser testigo y observador de que otras personas sufran accidentes o muestren temor a animales.

La prevalencia en la infancia y adolescencia se estima que sea de alrededor del 2%.

Dentro de las fobias específicas estaría incluida la fobia escolar. Esta fobia se presenta como un miedo o temor irracional a ir a la escuela, lo que termina en un absentismo total o parcial. Suele ser progresivo, aumentando a lo largo de las semanas o meses. Sin embargo, en niños más pequeños, su aparición suele ser más aguda. Su sintomatología comienza cuando el joven se despierta para acudir al colegio, y desaparece los fines de semana. Habitualmente no se presenta como una manifestación de un miedo a ir a la escuela, sino que comienza como síntomas físicos como dolor abdominal y cefalea, náuseas y palpitaciones. En ocasiones, el inicio de estos síntomas debuta tras sufrir una enfermedad que ha producido que el joven no acuda al colegio durante un tiempo o tras un cambio de centro escolar. Otras veces resulta ser el causante el acoso escolar o profesores que pueden resultar ser factores estresantes que inciten al rechazo.

El trastorno afecta principalmente a niños entre 11 y 14 años, aunque puede observarse a partir de los 5 años, sobre todo en la transición de primaria a secundaria. Afecta a ambos sexos por igual, y su prevalencia es de aproximadamente un 1%, aunque pueden existir formas leves que no se definirían como un absentismo escolar como tal.

- ❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL O FOBIA SOCIAL:** un miedo o intensa ansiedad, excesiva y/o persistente en situaciones normalmente sociales en las que el niño está expuesto a la posible crítica de los demás, como es mantener una conversación, reunirse con personas desconocidas, actuar delante de las otras personas, comer, o ir a fiestas incluso entre niños de su misma edad. El niño o adolescente teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan valorarse como negativos por parte de los demás. La edad media de aparición es a los 13 años.

Se llevan a cabo conductas evitativas ante reuniones sociales, hablar o comer en público, además del rubor, sudoración, temblor, tartamudez y sentimientos de ridículo en situaciones sociales.

Presentan tendencia a evitar el contacto con personas desconocidas, lo cual afecta gravemente a las relaciones con compañeros y a su vida social y vida escolar. Para su diagnóstico debe durar mínimo seis meses.

Entre su sintomatología se encuentra la timidez, mostrarse aturdido y angustiado con desconocidos dejando ver poca seguridad y confianza en sí mismo. En ocasiones, puede objetivarse con sollozo, rabietas, quedarse paralizado, o fracasar al iniciar o mantener una conversación. En niños de mayor edad se puede mostrar como temor a ruborizarse, temblor de manos, náuseas, necesidad de miccionar urgentemente, evitar participar en juegos de equipo y una participación disminuida o escasa en clase.

Es igual de frecuente en ambos sexos, comenzando normalmente en adolescencia. Es gradual, y es frecuente que se presente con el antecedente de timidez. Sin embargo, también puede aparecer de manera brusca y repentina tras una experiencia estresante o que resultó humillante.

Si no se trata adecuadamente puede perdurar durante toda la vida. Por otra parte, suele tener consecuencias como el abandono de los estudios y el consumo de tóxicos.

- ❖ **TRASTORNO DE PÁNICO:** es la presencia de crisis repetitivas de ansiedad grave no asociadas a ninguna situación en concreto, por lo que son imprevisibles. Su inicio es brusco y suele perdurar alrededor de diez minutos siendo acompañado por al menos, cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, temblor, sudoración, dificultad para respirar, mareo, dolor torácico, dolor abdominal, náuseas, desrealización, miedo a perder el control, o a morir.

Su debut suele ocurrir en la adolescencia, con una prevalencia en torno al 16%, más frecuente en mujeres, en jóvenes entre 12 y 17 años.

- ❖ **AGORAFOBIA:** es el miedo o intensa ansiedad, perdurable y desproporcionada en dos o más de los siguientes casos: al hacer uso de transporte público, estando en mercados o puentes, en espacios abiertos como aparcamientos, en sitios cerrados tales como teatros, tiendas y cines y estar solo fuera de casa.

Estas situaciones se evitan con gran ansiedad por miedo a no poder salir del lugar o recibir ayuda si se tiene un ataque. Para su diagnóstico es necesario que tengan una duración de, por lo menos, seis meses produciendo un gran malestar y un deterioro social y académico.

- ❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** se conoce como una preocupación y ansiedad excesiva y persistente durante la mayor parte del día, ante la vida en general. Se prolonga durante al menos seis meses, y causa un deterioro social y escolar.

En los niños, ha de estar presente uno de los siguientes síntomas: sensación de estar atrapado o con los nervios en punta, inquietud, fatigarse fácilmente, dificultad en concentración o sensación de quedarse con la mente en blanco, tensión muscular, irritabilidad, y trastornos del sueño, ya sean dificultad en la conciliación, sueño inquieto o insatisfactorio.

Por otra parte, estos niños pueden mostrarse perfeccionistas, inseguros de sí mismos y ser propensos a volver a hacer sus trabajos o proyectos por insatisfacción excesiva, persiguiendo ser aprobados por los demás constantemente.

Ambos sexos predominan por igual durante la infancia. Sin embargo, en la adolescencia la prevalencia es mayor entre las chicas, apareciendo una mayor proporción en familias donde el nivel de exigencia y nivel socioeconómico son mayores. (10)

La comorbilidad en los trastornos de ansiedad es muy frecuente. Sin embargo, agrava la sintomatología, incrementa el deterioro académico y laboral, y condiciona una mala respuesta al tratamiento. La prevalencia de las comorbilidades más frecuentes es: con otro trastorno de ansiedad (50%), depresión (33%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno por síntomas somáticos(20-40%), trastorno del sueño y el trastorno por abuso de sustancias (hasta un 90%). (11)

2.2 DEPRESIÓN

La OMS describe la depresión como: “un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.” (12)

Se considera al trastorno depresivo mayor como una de las principales causas de discapacidad entre los jóvenes de 10 a 24 años. Entre un 20% y 50% de adolescentes presentan niveles subclínicos de depresión. (13) La prevalencia de depresión aumenta con el aumento con la edad. Con respecto al sexo, durante la infancia no hay diferencias, aunque algunos autores afirman que la prevalencia podría ser superior en niños, mientras que en la adolescencia la prevalencia es mayor en niñas con una relación 2:1. (14)

El diagnóstico de depresión en la etapa de la infancia y adolescencia sigue los mismos criterios diagnósticos que en la edad adulta, establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5).

Según la CIE-10, para diagnosticar un episodio de depresión, este debe tener una duración de por lo menos dos semanas y deben presentarse, mínimamente dos de los tres síntomas de a continuación: pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar, ánimo depresivo y aumento de fatigabilidad.

Finalmente, la depresión en adolescentes incluye síntomas característicos en esta etapa evolutiva, como elevada irritabilidad con frecuentes ataques de ira, hipersomnia, aumento del apetito y ganancia de peso, quejas somáticas y sensibilidad extrema al rechazo como tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado, lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones interpersonales adecuadas. Al igual que en la depresión prepuberal, pero a diferencia de la depresión del adulto, el adolescente deprimido muestra un estado de ánimo reactivo, que puede contribuir a errores diagnósticos y minusvalorar las consecuencias negativas de la sintomatología depresiva en el funcionamiento del niño y del adolescente.

Los tipos de trastornos depresivos diagnosticados más habitualmente en niños y adolescentes son:

- ❖ **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:** es el más grave. Para su diagnóstico, es necesario que el niño/adolescente presente un cambio en su humor con al menos cinco síntomas depresivos, y entre éstos, al menos un síntoma cardinal como el humor deprimido o irritable, apatía, o anhedonia. Estos síntomas se deben presentar durante casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi cada día, por al menos 2 semanas.
La presentación clínica de este tipo de depresión varía según la edad. En niños de 3 a 6 años se manifiesta más habitualmente con tristeza y alteraciones del sueño y del apetito. En los niños de edad preescolar son muy comunes las manifestaciones somáticas, las rabietas y el retraso en el desarrollo, además de ser partícipes de juegos violentos, los cuales son un claro signo de alarma ante una existencia de una alteración del estado del ánimo.
Por otro lado, en niños de 7 a 13 años, de edad escolar, los síntomas que predominan son la agresividad, irritabilidad, tristeza, apatía, bajo rendimiento escolar y fobia escolar, culpabilidad y empeoramiento de las relaciones con amigos de la misma edad y con sus familiares, y trastornos de la conducta, además de ideas recurrentes de muerte en ocasiones.
- ❖ **TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DEL ÁNIMO:** no debe diagnosticarse antes de los 6 años o después de los 18 años. Se caracteriza por accesos de cólera recurrentes y severos que se manifiestan verbalmente como con rabia, y/o conductual como una agresión física hacia otras personas o bienes. Estos accesos de cólera suelen ocurrir consecuente a la frustración. Para poder ser considerado un criterio de diagnóstico deben ser inconsistentes con el nivel de desarrollo del niño o adolescente, ocurrir tres o más veces por semana durante al menos un año en varios entornos diferentes como en el hogar y en el colegio, y ser severo en al menos uno de estos.
- ❖ **TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE O DISTIMIA:** se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente. Durante la edad escolar, el estado de ánimo puede ser irritable, y debe perdurar como mínimo un año. Cuando el niño o adolescente experimenta un episodio de estado de ánimo depresivo, también debe presentar al menos dos de los siguientes síntomas: comer en exceso o falta de apetito, poca energía o fatiga, insomnio o hipersomnia, baja concentración o dificultad para tomar decisiones, baja autoestima, y sentimientos de desesperanza. Durante el período de un año de la alteración, el niño o adolescente nunca está sin síntomas durante más de dos meses seguidos. El trastorno depresivo en la adolescencia se manifiesta como persistente. Además, tiende a la cronicidad y a la recurrencia. Supone un gran cambio en la situación habitual del niño o adolescente, ya que interfiere de forma negativa en hábitos familiares, de estudio y relaciones sociales.

Es necesario saber que en ocasiones los niños no son capaces de expresar verbalmente su estado de ánimo aún a pesar de estar tristes o irritables

Una forma efectiva de explorar la anhedonia es preguntando a los niños por actividades que hayan dejado de realizar por no ser capaces de disfrutar con ella cuando previamente sí disfrutaban, como los juegos, además de insistir en si existe rechazo al colegio o falta de juego con iguales, ya que estos pueden ser una expresión de síntomas de fatiga. (15)

2.3 TDAH/ADHA; HIPERACTIVIDAD

Según la APA, American Psychiatric Association, el TDAH o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es: “uno de los trastornos más comunes que afectan a los niños. Los síntomas del TDAH incluyen falta de atención (no poder mantener la concentración), hiperactividad (exceso de movimiento que no se ajusta al entorno) e impulsividad (actos precipitados que ocurren en el momento sin pensar)”.

Es el segundo trastorno psiquiátrico más común de la infancia. Se estima que el 8,4% de los niños tienen TDAH, y estudios recientes de prevalencia indican que afecta aproximadamente al 3-7% de los jóvenes en todo el mundo (16) siendo más alta en niños que en niñas. Se identifica por primera vez durante la edad escolar, cuando provoca interrupciones en el aula o cuando provoca problemas con el trabajo escolar.

Muchos síntomas típicos del TDAH como altos niveles de actividad, dificultad para permanecer quieto durante largos períodos de tiempo y períodos de atención limitados pueden darse en los niños pequeños en general. Sin embargo, la diferencia entre éstos y los niños con TDAH es que la hiperactividad y la falta de atención son notablemente mayores de lo esperado para su edad y causan angustia y/o problemas para funcionar en casa, en la escuela o en entornos con amigos.

Hay tres tipos de diagnósticos distintos de TDAH: el tipo desatento, el tipo hiperactivo/impulsivo y el tipo combinado de estos dos. El diagnóstico se basa en los síntomas que se han presentado en los últimos seis meses.

Para diagnosticar el tipo de falta de atención, es necesario que seis de los siguientes síntomas ocurran con frecuencia:

- No presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido.
- Tiene problemas para concentrarse en tareas o actividades, como conversaciones o durante las clases.
- No parece escuchar cuando se le habla, es decir, parece estar en otra parte.
- No sigue las instrucciones y no completa los deberes del colegio.
- Tiene problemas para organizar las tareas, por ejemplo, no administrando bien el tiempo, teniendo un trabajo desordenado y no cumpliendo los plazos de entrega de éstos.
- Evita o no le gustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como por ejemplo completar formularios.
- A menudo pierde cosas necesarias para su vida diaria, como libros, llaves, el teléfono o las gafas.
- Se distrae con facilidad.
- Olvida las tareas diarias, como hacer los deberes o aquello que se le manda.

Por otra parte, para diagnosticar el tipo hiperactivo/impulsivo, es necesario que aparezcan con frecuencia seis de estos síntomas:

- Se retuerce, mueve inquieto o golpea ligeramente las manos o los pies.
- No puede permanecer sentado en clase.
- Corre o trepa donde no es apropiado.
- No puede jugar o realizar actividades de ocio en silencio.
- Siempre está “en movimiento”, como si estuviera impulsado por un motor.
- Habla demasiado.
- Lanza una respuesta antes de que se haya terminado una pregunta y termina las oraciones de las personas.
- Tiene dificultad para esperar su turno o esperar en fila.
- Interrumpe o se entromete en conversaciones, juegos o actividades o comienza a usar objetos ajenos sin permiso.

No existe una prueba de laboratorio para diagnosticar el TDAH, sino que se diagnostica recopilando información de los padres, maestros y otras personas que pasan tiempo con el niño, además de completando listas de verificación y sometiéndose a una evaluación médica, incluidos exámenes de vista y audición, para descartar otros problemas médicos. (17)

Para los estudiantes que sean diagnosticados con TDAH y cuyo aprendizaje se vea afectado, tienen la posibilidad de asistir a una educación especial bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades, pudiéndose beneficiar de una técnica alternativa de enseñanza y un plan de estudios modificado.

Una de las principales diferencias para el diagnóstico de ADHD entre adultos y niños o adolescentes es el número de síntomas frecuentes necesarios, ya que en adultos serían necesarios cinco síntomas frecuentes, mientras que, en niños o adolescentes, seis.

2.4 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La OMS lo define de la siguiente manera: “el trastorno del espectro autista (TEA) se refiere a una variedad de condiciones caracterizadas por algún grado de deterioro del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y una gama limitada de intereses y actividades que son exclusivos del individuo y que se llevan a cabo de manera repetitiva. Los TEA comienzan en la niñez y tienden a persistir hasta la adolescencia y la edad adulta. En la mayoría de los casos, las condiciones son evidentes durante los primeros 5 años de vida. Los individuos con TEA a menudo presentan otras condiciones concurrentes, como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El nivel de funcionamiento intelectual en personas con TEA es extremadamente variable, y se extiende desde un deterioro profundo hasta niveles superiores.”

Se estima que uno de cada 160 niños tiene un TEA en todo el mundo, aumentando a nivel mundial por una mayor conciencia, expansión de los criterios de diagnóstico, mejores herramientas de diagnóstico y mejores informes.

Estudios han indicado una mayor prevalencia en niños que en niñas con una proporción de 4:1. Además, las niñas suelen recibir el diagnóstico a una edad más tardía que ellos, ya que muestran síntomas más internos, más estrategias de afrontamiento y otras características específicas para

compensar sus déficits sociales, por lo que el diagnóstico precoz resulta difícil de llevar a cabo. (18)

Las personas con TEA a menudo tienen problemas con las habilidades sociales, emocionales y de comunicación. Los signos de TEA comienzan durante la primera infancia y suelen durar toda la vida de una persona, por lo tanto, la intervención durante la primera infancia es importante para llevar a cabo una promoción del desarrollo y bienestar óptimos de los niños con TEA. Entre las necesidades de atención se encuentra incluida la promoción de la salud, la atención, los servicios de rehabilitación y la colaboración con otros sectores como la educación, la cual se ve bastante influida negativamente por este trastorno.

Algunas personas con TEA pueden vivir de forma independiente, mientras que otras sufren discapacidades graves y requieren atención y apoyo de por vida. (19)

Las características del trastorno del espectro autista se dividen en:

- ❖ PROBLEMAS DE INTERACCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN: dificultades en las conversaciones normales, menor intercambio de intereses o emociones, desafíos para comprender o responder a señales sociales como el contacto visual y las expresiones faciales y deficiencias en el desarrollo/mantenimiento/comprensión de las relaciones, como problemas para hacer amigos.
- ❖ PATRONES DE COMPORTAMIENTOS, INTERESES O ACTIVIDADES RESTRINGIDOS Y REPETITIVOS: aletear y caminar con los dedos de los pies, jugar con juguetes de una manera poco común como alinear coches o dar vuelta a objetos, hablar de una manera única usando patrones o tonos extraños al hablar, tener necesidad de una rutina o estructura predecible, exhibir un interés intenso en actividades que son poco comunes para niños de edad similar, y experimentar los aspectos sensoriales del mundo de una manera inusual o extrema, como indiferencia al dolor/temperatura, oler/tocar en exceso de objetos, tener fascinación por las luces y el movimiento, y abrumarse con ruidos fuertes.

Aunque muchas personas con autismo tienen una inteligencia normal, muchas otras sufren retrasos intelectuales leves o importantes. Por otra parte, las personas con TEA corren un mayor riesgo de padecer problemas para dormir, convulsiones y otras enfermedades mentales. (20)

A menudo, los síntomas en niños y adolescentes son reconocidos por sus padres y maestros. La adolescencia es una época de estrés y confusión, tanto se sufra un TEA como no. Algunos comportamientos mejoran durante la adolescencia, mientras que otros empeoran. Por ejemplo, el aumento del comportamiento autista o agresivo puede ser una forma en que algunos adolescentes expresan su tensión y confusión.

Los adolescentes con autismo pueden llegar a ser conscientes de que son diferentes de sus compañeros, y pueden notar que no tienen amigos. Y a diferencia de sus compañeros de clase, no están saliendo ni están planeando una carrera. Sin embargo, para algunos, la tristeza de tal comprensión los motiva a aprender nuevos comportamientos y a adquirir mejores habilidades sociales.

2.5 SUICIDIO

La OMS describe el suicidio como un proceso que involucra múltiples comportamientos, incluyendo la ideación, planificación, el intento y el suicidio. Involucra factores personales, sociales, psicológicos, biológicos, culturales y ambientales.

El suicidio es un fenómeno global y un problema de salud pública que se puede prevenir.

La mayor proporción de suicidios se registra entre las edades de 15 y 29 años, y es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 y 19 años.

Según el INE, en el año 2013, 310 niños y jóvenes menores de 30 años se quitaron la vida, dato que supone un 7,77% del total de víctimas de suicidio. (21)

En población adolescente, gracias a un estudio multicéntrico realizado en diferentes países europeos con la “Escala Paykel” también conocida como “Paykel Suicide Scale” o “PSS”, de ideación suicida, se encontró una prevalencia en adolescentes del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio fue del 4,2%. En España, utilizando también la PSS, se halló que la prevalencia de ideación suicida era del 7,4%.

En muestras de adolescentes, tanto la ideación como la tentativa suicida son mayores en chicas que en chicos, y aumentan a medida que aumenta su edad.

Los estudios muestran que aproximadamente el 90% de los suicidios adolescentes suceden en jóvenes que ya sufren un trastorno mental, y en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno ha estado presente durante 2 o más años.

En específico, la depresión y los trastornos por consumo de alcohol se ven vinculados a esta problemática. En la adolescencia, el suicidio está relacionado con dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y tendencia a reaccionar en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el consumir la muerte, sino que parece ser un grito o llamada de atención para obtener ayuda, dado que se perciben a sí mismos y perciben a su situación desesperanzadamente sin posibilidades de salida.

Los métodos más utilizados entre adolescentes para el intento de suicidio son el consumo de psicofármacos y tóxicos, y en los casos de suicidios, el ahorcamiento e incineración. El método más utilizado en la tentativa de suicidio es la autointoxicación medicamentosa, siendo superior la prevalencia en adolescentes (91%), que en niños (44,4%). Esto se explica por el número y diversidad de fármacos y la disponibilidad y accesibilidad a éstos de niños y adolescentes dentro y fuera del hogar. Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos, principalmente ansiolíticos y antidepresivos, y mezclas de medicamentos.

Además, otros métodos utilizados son la flebotomía, cortes en las muñecas, y la precipitación. Este último, junto al ahorcamiento, es más frecuente en hombres que en mujeres, ya que los hombres suelen realizar tentativas más violentas. Por otra parte, los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos en el 66% de los casos, siendo el método utilizado más violento y traumático conforme menor es su edad.

En general, la historia de vida de los adolescentes en riesgo de suicidio se puede dividir en estas etapas: infancia problemática, recrudecimiento de problemas previos, al incorporarse los

propios de la edad como cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, y etapa previa al intento suicida, caracterizada por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. (22)

Como síntomas en adolescentes que nos podrían servir como signos de alarma se encuentran:

- Cambios alimentarios y en los hábitos de dormir.
- Alejamiento de las amistades, familiares o actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o fugas del hogar.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Abandono inusual en la apariencia personal.
- Cambios bruscos de personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad de las tareas escolares.
- Quejas frecuentes de dolores físicos como cefaleas, dolor de estómago o fatiga, que suelen estar asociados al estado emocional.
- Pérdida de interés de sus aficiones o tiempo libre.
- Poca tolerancia a elogios o premios. (23)

Por otra parte, se describe una serie de medidas para prevenir el suicidio y el intento de suicidio. Entre ellas se encuentran:

- Reducir el acceso a posibles medios de suicidio como pesticidas, armas de fuego y ciertos medicamentos.
- Llevar a cabo intervenciones en la escuela.
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con trastornos mentales y por uso de sustancias, dolor crónico y angustia emocional aguda.
- Formación en la evaluación y el tratamiento de la conducta suicida.
- Atención de seguimiento para personas que intentaron suicidarse y provisión de apoyo comunitario.

Según un estudio, se ha visto que la mayoría de las personas que mueren por suicidio o intentan llevar a cabo el acto, no han tenido contacto previo con el hospital o con un centro de salud mental, habiendo tenido contacto previo solo un tercio de las víctimas, y solo una cuarta parte de los intentos de suicidio terminaron en urgencias de un hospital público. (24)

Hasta la fecha, solo 38 países informan tener una estrategia nacional de prevención del suicidio ya que se considera un tema tabú y existe un gran estigma en torno al suicidio y los trastornos mentales, por lo que es necesario llevar a cabo una sensibilización en la comunidad.

2.6 ADICCIONES

CON SUSTANCIA

El consumo de sustancias con mayor prevalencia, alcohol y tabaco, comienza alrededor de los 14 años. (25)

El alcohol es la sustancia psicoactiva más habitual entre los estudiantes de 14 a 18 años en España. El 77,9% reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida.

Por otro lado, la droga ilegal más prevalente es el cannabis, cuyo consumo comienza, aproximadamente, antes de cumplir los 15 años. La prevalencia de consumo es mayor a medida que incrementa la edad de los adolescentes, estando en un 12,3% aquellos más jóvenes y en un 38,7% los de 18 años.

La prevalencia del consumo del alcohol, tabaco e hipnosedantes es mayor en las niñas que en los niños, mientras que las sustancias ilegales como el cannabis son mayormente consumidas por el sexo masculino. Si tenemos en cuenta el consumo de alguna vez en la vida, se halla una gran diferencia entre sexos en el caso de los hipnosedantes con o sin receta, ya que alrededor de 2 de cada 10 chicas tomaron sustancias de este tipo alguna vez.

❖ INTOXICACIONES ETÍLICAS AGUDAS

Uno de cada cuatro adolescentes de una clase de 14 años ha sufrido una intoxicación etílica alguna vez en la vida, mientras que en la clase 16 años son más de la mitad quienes ya han experimentado una borrachera.

En cuanto al sexo, la proporción es mayor en las chicas que admiten haberse emborrachado alguna vez teniendo de 14 a 15 años, pero conforme aumenta la edad, la diferencia de prevalencia entre chicas y chicos se va reduciendo.

❖ CONSUMO EN ATRACÓN: BINGE DRINKING.

Se conoce como “binge drinking” o consumo en atracón cuando se ha tomado 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión, es decir, en un intervalo aproximado de dos horas.

Entre los adolescentes de 14 y 15 años, la prevalencia es más elevada entre las chicas, mientras que es mayor entre los adolescentes chicos de 16 a 18 años.

Este tipo de consumo es llevado a cabo más frecuentemente en el grupo de adolescentes de 18 años, donde prácticamente la mitad de los chicos y chicas reconoce haber hecho binge drinking.

❖ BOTELLÓN

Más de la mitad de los estudiantes de entre 14 y 18 años admite haber hecho botellón.

Se ha observado que las chicas de 14 a 17 años hacen botellón más frecuentemente que los chicos, pero a los 18 años son ellos los que más veces lo hacen. A medida que aumenta la edad, también aumenta esta práctica en jóvenes, excepto las chicas de 18 años que refieren realizar menos botellones que las de 17 años.

Por otro lado, el consumo de otras sustancias se encuentra más presente entre los estudiantes que realizan botellón, sobre todo el tabaco y el cannabis, donde un 55,7% y un 45,6% de los adolescentes lo consumen entre aquellos que hacen botellón.

Principalmente, la mayoría de los estudiantes refieren hacerlo por diversión, el segundo motivo al que le dan más importancia es la sensación que les da el beber alcohol. En tercer lugar, los alumnos refieren beber porque les ayuda cuando están tristes y, finalmente en cuarto lugar, porque les ayuda a ligar.

El consumo de alcohol u otras drogas durante la adolescencia puede alterar los procesos en desarrollo del cerebro que ocurren durante esta etapa, aumentando la probabilidad de dependencia al alcohol a una mayor edad. Además, el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia temprana y media está asociado con problemas de memoria y otros déficits neuropsicológicos. Por otra parte, los adolescentes con trastornos de conducta tienen un mayor riesgo de consumir alcohol y otras drogas tanto en etapas tempranas como posteriores, pero, además, si el comienzo del consumo es temprano, el riesgo de tener problemas con el alcohol y otras drogas en el futuro es particularmente alto. (26)

❖ TABACO.

El tabaco es la segunda droga, después del alcohol, más común entre los estudiantes de 14 a 18 años. (25)

Históricamente, el consumo de tabaco es más frecuente entre las chicas. Sin embargo, esto ha cambiado durante la última década, siendo la diferencia entre ambos sexos menor, sobre todo en lo que respecta al consumo diario.

La prevalencia entre chicos y chicas en función de la edad no difiere grandemente, ya que, para ambos, los 18 años es la edad donde mayor prevalencia hay de consumo de tabaco.

En cuanto al consumo por primera vez, además del consumo diario, observamos que la edad es similar en ambos sexos (alrededor de los 14 años). Sin embargo, aunque son ellos quienes primero prueban el tabaco, se inician más tarde en su consumo diario que las chicas.

Con respecto al número de cigarrillos medio consumidos al día, son ellos quienes fuman mayor cantidad (6,5 cigarrillos) en comparación con las chicas (5,5 cigarrillos).

Los cigarrillos más utilizados que los estudiantes han declarado consumir son los de cajetilla y de liar, seguido del consumo únicamente de cigarrillos de cajetilla, y siendo los menos frecuentes los cigarrillos de liar (14,1%). El porcentaje de alumnos que fuman tabaco de liar ha aumentado comparándolos con los de cajetilla con respecto a 2016.

Entre las mujeres está más extendido el consumo de cigarrillos de cajetilla (40,4% frente 32,4% de ellos) y entre los hombres, el de ambos tipos (53,4% frente a 45,55% de ellas).

Por otro lado, aproximadamente el 47% de los estudiantes refiere haber fumado tabaco en cachimbos, no existiendo diferencias significativas en función del sexo.

A lo largo del año 2018 empezaron a fumar algo más de 205.000 estudiantes de Enseñanzas Secundarias, siendo mayor la proporción entre las chicas.

El área del cerebro responsable de las funciones ejecutivas y del desempeño de la atención es la corteza prefrontal, la cual es una de las últimas áreas del cerebro en madurar, encontrándose aún en desarrollo en la adolescencia. Por ello, el cerebro del adolescente es vulnerable al desequilibrio y susceptible a la influencia de sustancias psicoactivas como la nicotina, siendo especialmente sensible a sus efectos. En las redes prefrontales, la nicotina activa y desensibiliza los receptores de nicotina en diferentes tipos de células, lo cual afecta a la cognición. Fumar durante la adolescencia aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo durante la edad adulta, además de sufrir déficits de atención en la adolescencia que se agravan con los años de consumo de tabaquismo. (27)

❖ CANNABIS

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia en adolescentes entre 14 y 18 años. Un 33% de alumnos la ha consumido alguna vez en la vida, encontrándose su media de inicio antes de cumplir los 15 años. (25)

El consumo de cannabis siempre ha estado más extendido entre los chicos, aumentando su prevalencia con independencia de sexo en los últimos años, siendo más frecuente el consumo puntual independientemente del sexo.

Las chicas y los consumidores más jóvenes refieren que han fumado principalmente marihuana. Por otra parte, la mayoría de los consumidores fuman cannabis mezclándolo con tabaco (87,1%), en ambos sexos y todas las edades.

Entre los efectos adversos del consumo de esta sustancia se encuentran: aumento del riesgo de consumo de otras drogas y adicciones, problemas de salud mental, reacciones agudas de la esfera cognitivo-emocional, ansiedad, problemas de atención que se relacionan con un aumento del riesgo de accidentes como el accidente de tráfico, enfermedades respiratorias incluyendo el asma, y efectos cardiovasculares agudos como el infarto de miocardio e ictus.

El riesgo de sufrir estos efectos adversos aumenta cuanto más temprano es el inicio del consumo, de manera que es cuatro veces mayor si se inicia a los 15 años que si se hace a los 26 años. Se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes, incluso se ha demostrado que el consumo de cannabis aún siendo únicamente de manera puntual, puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes.

Se conoce que en 2018 empezaron a consumir cannabis 222.000 estudiantes, donde el número de alumnas fue ligeramente mayor que el de alumnos.

SIN SUSTANCIA

❖ TECNOADICCIÓN

Internet tiene un especial impacto entre los jóvenes y les ha sido de gran beneficio, sin embargo, algunas personas llegan a estar obsesionarse con ello, lo que incapacita que controlen su uso, llegando a poder poner en peligro su trabajo y sus relaciones. (28)

El 98% de los jóvenes españoles de 11 a 20 años hace uso de Internet. De ese porcentaje, siete de cada 10 afirman utilizarlo al menos, 1,5 horas, pero sólo entre 3% y 6% hace un uso abusivo de ello.

Por lo general, afecta más a los chicos que a las chicas, tendiendo a sufrir problemas de comportamiento como hiperactividad y trastornos de conducta. (29)

Se considera uso positivo de internet siempre que no se dejen de lado el resto de las actividades propias de una vida normal, como es estudiar, hacer deporte, ir al cine, salir con los amigos o relacionarse con la familia. Por lo tanto, es perjudicial cuando el abuso de la tecnología provoca aislamiento, induce ansiedad, afecta a la autoestima y provoca autocontrol. (28)

Lo característico de esta adicción es que ocupa la parte central de la vida del adolescente, quien usa el ordenador para escapar de la vida real y mejorar su estado de ánimo.

Los riesgos más importantes del abuso son, además de la adicción, el acceso a contenidos inapropiados, el acoso o la pérdida de intimidad.

Al igual que en las adicciones químicas, las personas con problemas de tecno adicción experimentan un síndrome de abstinencia cuando no pueden consumirla, lo que provoca un profundo malestar emocional que lleva a un estado de ánimo disfórico, insomnio, obesidad, sedentarismo, irritabilidad e inquietud psicomotriz. Esto provocar fracaso escolar, trastornos de conducta, mentiras reiteradas, aislamiento social y problemas económicos. Además, el uso como causar dolor de espalda, fatiga visual y síndrome del túnel carpiano. (29)

Por otro lado, existe el riesgo de crear una identidad falsa ficticia a través de la cual ligan virtualmente, esto provoca la confusión entre lo íntimo, lo privado y lo público, fomentando conductas histriónicas, narcisistas y deformadoras de la realidad, como alardear del número de amigos agregados. (28)

El abuso de Internet puede ser secundario a la depresión, la fobia social u otros problemas de tipo impulsivo-compulsivo.

3. INTERVENCIONES

Se conoce a la salud mental como aquel de estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus capacidades, es capaz de enfrentarse a las situaciones estresantes normales de la vida, puede ser productiva en su trabajo y hace una contribución a la comunidad. Es por ello por lo que la promoción, protección y restauración de la salud mental se puede considerar vital para las personas, comunidades y sociedades de todo el mundo. (30)

La prevención de las enfermedades mentales es conocida por la OMS como la reducción de su incidencia, prevalencia y recurrencia (31). El llevar a cabo una promoción y prevención en salud mental permitirá evitar muertes prematuras, disminuirá el estigma y mejorará el ambiente económico y social, ya que se ha demostrado que este tipo de programas producen ahorros económicos a la sociedad.

La promoción de la salud está vinculada a una mayor calidad de vida y al potencial para ganar una mejor salud, no sólo a una disminución de los síntomas.

El llevar a cabo actuaciones preventivas durante la etapa de la infancia y adolescencia reduce la depresión y los sentimientos de desesperanza, agresión y conductas delictivas, uso de tabaco, alcohol y drogas, todo esto de manera sostenida en el tiempo.

Intervenciones psicosociales, como es la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones en grupo ayudan en la prevención del desarrollo de trastornos de ansiedad y reducen síntomas depresivos y problemas de conducta. (32)

Existen diferentes modelos de intervenciones de promoción y prevención de salud mental en escuelas. Dos de ellos, “Mental Health First-Aid” y “Friends For Life”, programas originalmente australianos, han sido utilizados en países europeos como Inglaterra y Alemania, cuyo sistema educativo no difiere grandemente del español, por lo que son dos ejemplos de intervenciones que podrían llevarse a cabo en las escuelas de España junto a las modificaciones pertinentes dependiendo de las necesidades.

3.1 MENTAL HEALTH FIRST-AID

El “Mental First-Aid” se originó en Australia, en 2000, por un psicólogo llamado Anthony Jorm y su esposa, una enfermera, Betty Kitchener. Kitchener sufría de depresión, a los 15 años intentó suicidarse y refirió poco apoyo por parte de la escuela o su familia.

EL MHFA es un programa que informa, da herramientas y recursos para abordar situaciones de crisis de salud mental o abuso de sustancias. Se ha extendido internacionalmente y a día de hoy se ofrece en 23 países.

La capacitación en este programa se ha visto asociada a mejoras en el reconocimiento de la esquizofrenia, mayor confianza al ofrecer ayuda, disminución de las actitudes estigmatizantes, mayor conocimiento sobre los problemas de salud mental en los adolescentes y mejor aplicación del plan de acción de salud mental. Además, se encontró que los estudiantes que formaron parte de ello, tenían cuatro veces más probabilidades de referir sentirse seguros al ayudar a un compañero que sufría un problema de salud mental.

Por otra parte, se lleva a cabo el acrónimo ALGEE para guiar acciones, lo cual se puede utilizar como guía a la hora de ayudar a que alguien que está sufriendo una crisis de salud mental o por abuso de sustancias esté a salvo. Está formada por los siguientes pasos:

- Acérquese a la persona, evalúe y ayude con cualquier crisis.
- Escuche sin juzgar.
- Brinde apoyo e información.
- Anime a la persona a que obtenga la ayuda profesional adecuada.
- Fomentar otros apoyos: estrategias de autoayuda y buscar el apoyo de familiares y amigos.

El primer paso para llevar a cabo una intervención de MHFA en la escuela es identificar el riesgo de suicidio y evaluar la gravedad del riesgo de suicidio. En caso de sospecha de riesgo, es importante preguntar directamente sobre estos pensamientos suicidas, ya que no hay evidencia de que evaluar la tendencia al suicidio induzca la misma ideación suicida. En el caso de existir pensamientos suicidas, la enfermera escolar debe evaluar si existe o no un plan de suicidio. Durante la entrevista con el adolescente, se evalúa el lenguaje corporal, estado de ánimo y apariencia física, la presencia de pensamientos suicidas y si se ha hecho daño.

Este programa de intervención se lleva a cabo en los siguientes pasos:

- ESCUCHA: la enfermera escolar debe hacer saber al estudiante que se preocupa por él y que quiere ayudar, dejando que el estudiante hable sobre sus razones para querer morir y recordándole que no es necesario actuar en consecuencia con estos pensamientos, llevando a cabo una escucha activa sin juzgar y usando lenguaje verbal y no verbal.
- DAR: la seguridad de los estudiantes es la máxima prioridad, es por ello por lo que el estudiante con ideación suicida deba permanecer bajo observación directa. Se ha de contactar con los padres del estudiante e informarles sobre la política de la escuela, ya que el alumno ha de ser examinado en un centro de crisis o al menos por un profesional de salud mental externo, ya sea un psiquiatra o psicólogo, lo antes posible.
- ALENTAR: la enfermera escolar debe preguntar acerca del apoyo de familiares y amigos, asegurando que el estudiante reciba ayuda y apoyo continuo. Un signo de alarma ante

un estudiante sin apoyo es un gran número de visitas en un corto periodo de tiempo a la oficina de la enfermera.

Las enfermeras escolares juegan un papel clave en la identificación temprana durante la cual los jóvenes experimentan o muestran síntomas de crisis de salud mental, al igual que en su intervención. El MHFA puede guiar las acciones de las enfermeras durante una crisis junto con el plan de acción de ALGEE, el cual es útil ya que está formado por pasos simples y claros. (33)

3.2 FRIENDS FOR LIFE

FRIENDS es un programa original australiano diseñado por Paula Barrett (34) de terapia que desarrolla habilidades para contrarrestar aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad y con ello mejorar la salud emocional de los niños y adolescentes. (35)

Su nombre hace referencia al significado de las siguientes siglas:

- F: Feelings → Sentimientos.
- R: Remember to relax → Recuerda relajarte.
- I: I can do it. I can try my best → Yo puedo hacerlo. Puedo hacer mi mejor esfuerzo.
- E: Explore solutions and coping step plans → Explorar soluciones y planes de pasos de afrontamiento.
- N: Now reward yourself. You've done your best → Recompensarse a uno mismo ahora. Has hecho tu mejor esfuerzo.
- D: Don't forget practice → No olvides practicar.
- S: Smile. Stay calm for life → Sonríe. Mantén la calma de por vida. (36) (Anexo 1)

En este programa, cada niño tiene su propio libro, existiendo un manual completo que especifica los puntos clave de aprendizaje, objetivos y las actividades de cada sesión. La intervención está formada por nueve sesiones semanales de 60 minutos.

Se puede utilizar de diferentes formas:

- Como un programa de prevención universal en la escuela sin tener en cuenta los factores de riesgo individuales.
- Como programa de prevención para niños con síntomas tempranos o leves de ansiedad o depresión.
- Como tratamiento para niños con trastornos de ansiedad.

En estas sesiones se lleva a cabo una introducción al programa, una introducción a los sentimientos, la relación entre pensamientos y sentimientos, reconocimiento emocional, relajación y cómo sentirse bien, desarrollar un diálogo interno positivo, desafiar pensamientos negativos/inútiles y desarrollo de habilidades para la resolución de problemas entre otras.

Gracias a este programa, los niños aprenden a desarrollar conciencia emocional identificando y reemplazando aquello que les aumenta la ansiedad, pensando de manera más funcional y equilibrada, al igual que desarrollando habilidades de resolución de problemas sabiendo cómo afrontar situaciones estresantes en vez de evitarlas.

3.3 PROYECTO SEYLE

SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) es un proyecto de 12 países europeos (Alemania, Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania y Suecia) que se basa en la prevención del suicidio y promoción de la salud mental en adolescentes a través de la psicoeducación en el ámbito escolar y dirigida a educadores, alumnos y familiares. España es partícipe de ello a través de la Universidad de Oviedo. (37)

Evalúa tres intervenciones en las que se incluyeron la formación de profesores, el aumento de conciencia de los adolescentes sobre la salud mental y detección de problemas de salud mental y conductas de riesgo en adolescentes.

Los profesores fueron formados a través del programa “Gatekeeper”: Question, Persuade and Refer. Por otro lado, los alumnos fueron formados a través de un programa estandarizado de sensibilización para promover conocimientos de salud mental, estilos de vida saludable y comportamientos entre adolescentes. Todos los alumnos fueron encuestados, y si su puntuación superaba la de corte predeterminada para depresión, ansiedad, fobia, alcoholismo, abuso de sustancias, autolesión no suicida o tendencias suicidas, eran entrevistados y posteriormente remitidos a un profesional y siendo tratados si fuera necesario. (38)

La intervención se desarrolla en cuatro fases:

- La primera fase es la evaluación basal a través de instrumentos como escalas o cuestionarios tales como el GSHS (Global School-based Student Health Survey), WHO-5 (Well-being Scale), BDI (Inventario de Depresión de Beck), PSS (Escala Paykel de suicidio) y SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).
- La segunda fase es la primera intervención. En ella se lleva a cabo un screening y derivación en caso necesario, un programa QPR (Question, Persuade, Refer) personal del colegio y los padres, una intervención de promoción de salud general y grupo de control.
- Se conoce como tercera fase a la segunda intervención, en la cual se lleva a cabo una evaluación y tratamiento de los adolescentes considerados de riesgo en la fase anterior por parte del servicio de salud.
- Como cuarta y última fase, el seguimiento de 6 a 12 meses. (39)

Además de estos tres programas descritos, existen escalas y cuestionarios que pueden resultar de gran ayuda para la enfermera escolar a la hora de identificar síntomas de depresión, ansiedad u otros trastornos. Es por ello por lo que la incorporación de estos, además de llevar a cabo intervenciones de educación para la salud, son de gran importancia. Sobre todo, porque si se llevan a cabo los cuestionarios previamente, se llega a saber con más exactitud en aquellos aspectos en los que la enfermera deberá de hacer más hincapié. Por ejemplo, si en una clase los alumnos no presentan problemas de ansiedad, no convendría llevar a cabo sesiones al respecto, sino que se podrían enfocar en aquellos aspectos que más predominen y sean más convenientes de abordar.

4. ESCALAS

4.1 STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ) / CUESTIONARIO DE CUALIDADES Y DIFICULTADES

Cuestionario holandés creado por Goodman cuyas siglas significan “Cuestionario de Fortalezas y Dificultades”. Pueden realizarlo los propios adolescentes de 11 a 16 años, al igual que los padres y/o maestros en el caso de niños o adolescentes de 4 a 16 años. Se trata de un cuestionario corto que, como cuyo nombre indica, se centra en las fortalezas (comportamiento prosocial) y en las deficiencias (hiperactividad/falta de atención, problemas de conducta, problemas emocionales y problemas con los compañeros). Por otra parte, el SDQ porta de una escala de impacto que, en el caso de que un adolescente experimente dificultades, puede proporcionar información de cronicidad, angustia y deterioro social, tanto para el adolescente como para los demás. (40)

El SDQ presenta cuestiones sobre atributos tanto positivos como negativos en 5 escalas con un total de 25 ítems: síntomas emocionales (a menudo infeliz, desanimado), problemas de conducta (peleas con otros niños), hiperactividad/falta de atención (estar constantemente inquieto o retorciéndose), problemas en las relaciones con los compañeros (tiende a jugar solo) y comportamiento prosocial (ser considerado con los sentimientos de otras personas). Cada subescala incluye cinco elementos que se califican, cada uno, como:

- Nunca = 0.
- A veces = 1.
- Sí, siempre = 2.

Las puntuaciones totales que se consideran normales en el SDQ son de 17 o superiores. Las puntuaciones brutas se utilizan en los análisis. Las puntuaciones brutas de corte clínico para las subescalas (de un posible 10) son:

- Emoción mayor o igual a 5.
- Conducta mayor o igual a 4.
- Hiperactividad mayor o igual a 7.
- Problemas con los compañeros mayor o igual a 4.
- Comportamiento prosocial menor o igual a 4. (41)

4.2 ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA PAYKEL

La escala Paykel es una herramienta que fue diseñada para la evaluar de ideación suicida. Valora pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio. Consta de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico:

- Sí.
- No.

Las puntuaciones oscilan entre 0 y 5, y a mayores puntuaciones, mayor frecuencia y gravedad de ideación suicida. (42) (Anexo 2)

Tiene como ventaja su sencillez y brevedad. Básicamente. En resumidas cuentas, la PSS se pueden utilizar como instrumento de evaluación o como herramienta de cribado de conducta suicida en, este caso que nos interesa, la escuela. (43)

4.3 WHO-5

WHO-5 es El Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud de 5 ítems. Se presentó originalmente en una reunión de la OMS en Estocolmo en febrero de 1998 como parte de un proyecto sobre la medición del bienestar en pacientes de atención primaria. Actualmente ha sido traducido a más de 30 idiomas en todo el mundo.

Se trata de una escala de calificación global corta y genérica que mide el bienestar subjetivo. Dado que la OMS considera que el bienestar positivo es otro término para la salud mental, esta escala solo contiene elementos redactados positivamente:

- Me he sentido alegre y de buen humor.
- Me he sentido tranquilo y relajado,
- Me he sentido activo y con energía.
- Me desperté sintiéndome bien y descansado.
- Mi vida diaria ha estado llena de cosas que me interesan. (Anexo 3)

Se le pide al encuestado que califique qué tan bien se aplica cada una de las 5 afirmaciones al considerar los últimos 14 días. Cada uno de los 5 elementos se puntúa de 5 (siempre) a 0 (nunca). Por tanto, la puntuación bruta oscila teóricamente entre 0 (ausencia de bienestar) y 25 (bienestar máximo). Debido a que las escalas que miden la calidad de vida relacionada con la salud se traducen convencionalmente a una escala de porcentaje de 0 (ausente) a 100 (máximo), se recomienda multiplicar la puntuación bruta por 4. (44)

5. NUEVA INTERVENCIÓN

SESIÓN 1: DESCRUBRAMOS QUÉ ES REALMENTE UN TRASTORNO MENTAL Y DIGAMOS ADIÓS AL ESTIGMA.

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** ordenador y proyector, bolígrafo, cuestionarios impresos.
- **Parte técnica:** definir qué es realmente un trastorno mental y qué es el estigma para poder evitarlo.
- **Parte práctica:** poner en el proyector afirmaciones que hacen referencia a falsos mitos sobre los trastornos mentales y pedir que los alumnos se pronuncien sobre la verdad o falsedad de ellas. Posteriormente aportar información realista y científica que desmienta o corrija estas ideas erróneas.
- **Cierre:** realización de cuestionarios.

SESIÓN 2: ¿CUÁLES SON LOS TRASTORNOS MENTALES MÁS HABITUALES?

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** ordenador y proyector, cartulinas, rotuladores.

- **Parte técnica:** exponer y describir los trastornos mentales más habituales en jóvenes con ayuda de un PowerPoint interactivo.
- **Parte práctica:** hacer grupos de 4-5 personas en el que cada grupo tenga una cartulina y material para escribir y dibujar. A cada grupo se le da un nombre de un trastorno mental habitual, y entre los miembros de este han de describirlo y diseñar la cartulina.
- **Cierre:** poner en común lo escrito en las cartulinas, debatirlo y corregirlo si fuera necesario.

SESIÓN 3: QUÉ HACER CUANDO ESTAMOS NERVIOSOS ANTE UN EXAMEN.

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** esterillas.
- **Parte técnica:** introducción a la meditación, mindfulness, relajación y sus beneficios.
- **Parte práctica:** enseñar a realizar ejercicios de relajación y respiración.
- **Cierre:** puesta en común con respecto a cómo se sienten tras realizar el ejercicio de relajación y respiración.

SESIÓN 4: CÓMO AYUDAR A NUESTROS AMIGOS CUANDO ESTÁN TRISTES.

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** ordenador, proyector.
- **Parte técnica:** síntomas y características de personas que no se encuentran bien y están tristes. Posteriormente, poner vídeo de un estudiante que se siente mal y decide acudir a un profesional mientras que sigue acudiendo a clase con sus amigos, y éstos no parecen responder bien a lo que le ocurre.
- **Parte práctica:** por grupos trabajar qué piensa, siente y hace el estudiante, qué piensan, sienten y hacen sus iguales y qué importancia y consecuencias tienen estas cuestiones en el bienestar del estudiante.
- **Cierre:** analizar el vídeo, poner en común qué les ha parecido, qué les ha sorprendido, y todo lo que la reflexión los anime a comentar.

SESIÓN 5: POR QUÉ PASAR MUCHO TIEMPO USANDO LAS TECNOLOGÍAS Y CONSUMIR TÓXICOS ES MALO PARA NUESTRA SALUD.

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** ordenador y proyector, pizarra.
- **Parte técnica:** explicar por qué el consumo de tóxicos y el uso excesivo de la tecnología son perjudiciales para la salud. Enumerar signos y síntomas de un mal uso de las tecnologías.
- **Parte práctica:** en grupos hablar sobre cuáles podrían ser las pautas para un uso responsable de las tecnologías (cuántas horas al día, cuándo usarlas, etc).
- **Cierre:** poner en común las opiniones de todos los grupos, debatirlas y corregirlas si fuera necesario.

SESIÓN 6: TRATEMOS A LOS DEMÁS COMO NOS GUSTARÍA QUE NOS TRATASEN A NOSOTROS.

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** post-its, bolígrafos.
- **Parte técnica:** descripción de qué es la empatía.
- **Parte práctica:** elegir siete personas voluntarias que tendrán una discusión sobre cualquier tema (música, clases, deporte) ... cada persona deberá tener pegado un post-it en la frente que sólo los demás podrán ver, debiendo comportarse con el resto del grupo en función de lo que lleve escrito en el post-it. Entre las palabras del post-it se encuentran: 2 veces “dame la razón”, 2 veces “quítame la razón” y 1 vez “ignórame”.
- **Cierre:** poner en común cómo se han sentido los integrantes del grupo, en especial la persona ignorada y lo que el resto de la clase ha visto y opina.

SESIÓN 7: PONGAMOS EN COMÚN NUESTRAS DUDAS.

- **Duración:** 50 minutos.
- **Materiales/recursos:** folios, bolígrafos, cuestionarios.
- **Parte técnica:** hacer un resumen de lo visto en las sesiones anteriores.
- **Parte práctica:** debate opinión de las sesiones y escribir en un papel posibles dudas o preguntas anónimamente. Posteriormente leerlas en alto y resolverlas.
- **Cierre:** realización de cuestionarios.

CONCLUSIONES

Vivimos en una época donde los trastornos mentales van en aumento, donde la depresión y ansiedad son de las enfermedades más prevalentes en el primer mundo, y donde los jóvenes son las principales víctimas.

Dado que los niños y adolescentes pasan gran parte del día y de su tiempo en el colegio, la vía más conveniente para llevar a cabo intervenciones es a través de este establecimiento, y a mano de la Enfermera Escolar. Desafortunadamente, a día de hoy en España, este papel no está comúnmente reconocido, ya que existen muy pocas enfermeras escolares trabajando, por lo que los jóvenes no se benefician de sus servicios.

Durante la búsqueda de intervenciones de promoción y prevención de salud mental en el ámbito escolar he descubierto que en España no se llevan a cabo, al contrario que en otros países europeos. Otro ejemplo de ello es Australia, quien está situada en la cumbre de la educación en salud mental en los colegios. Algunas de las intervenciones creadas en este país han sido modificadas y llevadas a cabo en otros países por Europa como Alemania. Por el contrario, no he encontrado ninguna información al respecto relacionada con España, por lo que comenzar con estas intervenciones aquí podría abrir un camino a grandes investigaciones y mejoras en la salud de los ciudadanos.

Existen enfermedades mentales sobre las que podemos intervenir para su prevención, mientras que hay otras en las que nuestra labor sería la prevención de complicaciones, pero sin duda, el

trabajo más significativo de la enfermera escolar es la promoción de la salud en todas sus esferas, incluida la mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Salud mental. WHO [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 11]; Available from: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. Kutcher S, Wei Y. Mental health and the school environment: Secondary schools, promotion and pathways to care [Internet]. Vol. 25, Current Opinion in Psychiatry. Curr Opin Psychiatry; 2012 [cited 2021 May 16]. p. 311–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22569312/>
3. Salud mental del adolescente [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Martínez-Santos AE, Tizón-Bouza E, Fernández-Morante C, Casal-Otero L, Cebreiro B. School nursing: Contents and perceptions about its relevance in the inclusive schools. Enferm Glob [Internet]. 2019 [cited 2021 May 16];18(4):291–307. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344611>
5. Revista Adolescere Vol. 8 Número 1 | ADOLESCENCIASEMA [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://www.adolescenciasema.org/Revista+Adolescere+Vol.+8+Número+1>
6. Rodríguez Hernández PJ, Hernández González ER. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia.
7. Anxiety [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.apa.org/topics/anxiety>
8. Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosí S, Arijó V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2019 Jan 30 [cited 2021 Mar 5];28(1):131–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30056588/>
9. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2017-01/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatrica-2017/>
10. Sánchez Mascaraque P, Cohen DS. Tema de revisión 16.
11. OMS | Depresión. WHO [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 5]; Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
12. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, Inchausti F, De Luis EC, Molina BL, De Albéniz AP, et al. Screening for depressive symptoms in adolescents at school: New validity evidences on the short form of the reynolds depression scale. PLoS One [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2021 Mar 5];12(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28222193/>
13. Aliri J, Muela A, Gorostiaga A, Balluerka N, Aritzeta A, Soroa G. Stressful Life Events and Depressive Symptomatology Among Basque Adolescents: The Mediating Role of Attachment Representations. Psychol Rep [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2021 Mar 5];122(3):789–808. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29699470/>
14. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental DEPRESIÓN Y SUICIDIO 2020 Con la colaboración de.
15. Catalá-López F, Rídao M, Núñez-Beltrán A, Gènova-Maleras R, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R, et al. Prevalence and comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in Spain: Study protocol for extending a systematic review with updated meta-analysis of observational studies [Internet]. Vol. 8, Systematic Reviews.

- BioMed Central Ltd.; 2019 [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744675/>
16. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018 Mar 4;47(2):199–212.
 17. Morán ML, Gómez LE, Alcedo MÁ, Pedrosa I. Gender Differences in Social Inclusion of Youth with Autism and Intellectual Disability. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2019 Jul 15 [cited 2021 Mar 5];49(7):2980–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31053991/>
 18. Autism spectrum disorders [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
 19. Nacional de la Salud Mental I. Trastornos del espectro autista.
 20. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García M. Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(2):76–85.
 21. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO-Orientaciones para su Implementación Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Orientaciones para su Implementación DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA 2013 Norma General Administrativa N° 027.
 22. Carolina Raheb P. Conducta suicida en niños y adolescentes ¿Qué entendemos por suicidio?
 23. Mejías-Martín Y, Del Castillo J de DL, Rodríguez-Mejías C, Martí-García C, Valencia-Quintero JP, García-Caro MP. Factors associated with suicide attempts and suicides in the general population of andalusia (Spain). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 2 [cited 2021 Mar 5];16(22). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31739626/>
 24. Español de las Drogas las Adicciones O. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
 25. Spear LP. Alcohol's Effects on Adolescents.
 26. Goriounova NA, Mansvelder HD. Short-and Long-Term Consequences of Nicotine Exposure during Adolescence for Prefrontal Cortex Neuronal Network Function. [cited 2021 Mar 16]; Available from: www.perspectivesinmedicine.org
 27. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto - Dialnet [Internet]. [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3230123>
 28. How Ong S, Ren Tan Y. Internet Addiction in Young People.
 29. Mental health: strengthening our response [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 30. O'reilly M, Svirydenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. 2018 [cited 2021 Mar 27];53:647–62. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
 31. Mental S. Invertir en [Internet]. [cited 2021 Mar 26]. Available from: http://www.who.int/mental_health
 32. Atkins J. Mental Health First Aid: A Useful Tool for School Nurses. *NASN Sch Nurse* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 May 16];32(6):361–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29040042/>
 33. Moharrerri F, Yazdi ASH. Evaluation of the effectiveness of the friends for life program on children's anxiety and depression. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 16];12(4):269–77. Available from: [www.irct.ir](http://www.irct.ir;);

34. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, Anderson R, Ukoumunne OC, Daniels H, et al. A cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of a school-based cognitive-behavioural therapy programme (FRIENDS) in the reduction of anxiety and improvement in mood in children aged 9/10 years. 2015;3.
35. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, Phillips R, Daniels H, Anderson R, et al. Articles Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). The Lancet Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2021 May 16];1:185–92. Available from: <http://www.trialsjournal>.
36. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al. Open Access STUDY PROTOCOL Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial [Internet]. Vol. 10, BMC Public Health. 2010 [cited 2021 May 16]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/192>
37. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): methodological issues and participant characteristics [Internet]. Vol. 13, BMC Public Health. 2013 [cited 2021 May 16]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/479>
38. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. Lancet [Internet]. 2015 Apr 18 [cited 2021 May 16];385(9977):1536–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/>
39. Vugteveen J, De Bildt · A, Hartman CA, Timmerman · M E. Using the Dutch multi-informant Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to predict adolescent psychiatric diagnoses. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2018 [cited 2021 May 16];27:1347–59. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1127-y>
40. Bryant A, Guy J. The CALM Team and Holmes J (2020) The Strengths and Difficulties Questionnaire Predicts Concurrent Mental Health Difficulties in a Transdiagnostic Sample of Struggling Learners. Front Psychol [Internet]. 2020 [cited 2021 May 16];11:587821. Available from: www.frontiersin.org
41. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio - Dialnet [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7516702>
42. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. Psychother Psychosom [Internet]. 2015 Apr 24 [cited 2021 May 16];84(3):167–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25831962/>

ANEXOS

ANEXO 1.

Table 1. Outline of 'Friends for life' (based on Barrett PM (9))

Session Number	Content of Session - Major Learning Objectives
Session 1	Rapport building and introduction of group participants Establishing group guidelines Normalization of anxiety and individual differences in anxiety reactions Psycho-education regarding identification of various emotions Introduce the relationship between thoughts and feelings
Session 2	F: Feelings (Identifying body signs of anxiety) R: Remember to relax. Have a quiet time. (Relaxation activities and identification of pleasant or distracting activities to do when feeling worried or sad)
Session 3	I: I can do it! I can try my best! (Identifying self-talk, introducing helpful green thoughts and unhelpful red thoughts)
Session 4	Attention training (looking for positive aspects in difficult situations) Challenging unhelpful red thoughts E: Explore solutions and Coping Step Plans (introducing coping step plans/graded exposure to fear hierarchies, setting goals and breaking problems into small steps)
Session 5	Problem-solving skills (6-Stage Problem-Solving Plan) Coping Role models Social support plans
Session 6	N: Now reward yourself! You've done your best!
Session 7	D: Don't forget to practice (practicing the FRIENDS skills) S: Smile! Stay calm for life! (Reflect on ways to cope in difficult situations)
Session 8	Generalizing skills of FRIENDS to various difficult situations Teaching others how to use the FRIENDS coping skills

Iranian J Psychiatry 12:4, October 2017 ijps.tums.ac.ir

Fuente: Esquema de "FRIENDS FOR LIFE" (basado en Barrett PM). Iranian J Psychiatry 21:4, octubre 2017.

ANEXO 2.

TABLA 1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el último año		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Fuente: Evaluación de La Conducta Suicida En Adolescentes: A Propósito de La Escala Paykel de Suicidio – Dialnet, 2020.

ANEXO 3.

The WHO-5 questionnaire						
Instructions: Please indicate for each of the 5 statements which is closest to how you have been feeling over the past 2 weeks.						
Over the past 2 weeks...	All of the time	Most of the time	More than half the time	Less than half the time	Some of the time	At no time
1 ... I have felt cheerful and in good spirits	5	4	3	2	1	0
2 ... I have felt calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
3 ... I have felt active and vigorous	5	4	3	2	1	0
4 ... I woke up feeling fresh and rested	5	4	3	2	1	0
5 ... my daily life has been filled with things that interest me	5	4	3	2	1	0
Scoring principle: The raw score ranging from 0 to 25 is multiplied by 4 to give the final score from 0 representing the worst imaginable well-being to 100 representing the best imaginable well-being.						

Fuente: Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.

